



БОЛЕВАЯ ФОРМА ОСТЕОХОНДРОЗА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА КАК ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЭКРАНИРУЮЩЕЕ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дорош Ж. В.¹, Лазебник Л. Б.²

¹ Кафедра терапии и семейной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова

² Кафедра терапии, гериатрии и профилактики Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова

Диагностический поиск при полиморбидности, как известно, не всегда бывает прост, не так уж редки и диагностические ошибки и запоздалая корректная диагностика. Одной из причин диагностических трудностей при полиморбидности является наличие так называемого экранирующего заболевания, явная превалирующая симптоматика которого зиждется на морфологически подтвержденном диагнозе, полностью сосредоточивает на себе лечебно-диагностическую деятельность врача до тех пор, пока естественное прогрессирование тяжелого, но «спрятанного за экраном видимого заболевания» не приведет к сложным последствиям.

37-летняя больная худосочного телосложения впервые обратилась за врачебной помощью 4,5 года назад по поводу беспокоящих в правом подреберье болей и привкуса горечи во рту. При ультразвуковом обследовании в полости желчного пузыря было выявлено несколько подвижных эхоплотных структур размером 4–7 мм, что послужило основанием для диагностирования желчнокаменной болезни. Были рекомендованы врачебное наблюдение, соблюдение диеты, прием спазмолитиков и контрольная явка через полгода. Более активных попыток со стороны больной для контакта с врачом не было предпринято, из чего можно сделать заключение, что означенное заболевание протекало достаточно благоприятно и не доставляло больной серьезных неприятностей.

Вновь обратилась за врачебной помощью по поводу субфебрильной температуры, учащенного мочеиспускания, тяжести в левой половине грудной клетки, усиливающейся при перемене положения тела. Патологических знаков в легких обнаружено не было, выставлен диагноз острой респираторной инфекции на фоне остеохондроза позвоночника у взрослых, дорсопатии, распространенного

остеохондроза, сколиоза торако-поясничного отдела позвоночника с синдромами торакалгии и люмбагии.

Ввиду того что была выявлена гематурия до 7900 эр. в мл, при ультразвуковом исследовании обнаружены микролиты почек с обеих сторон. Наряду с противовирусной и обезболевательной терапией был назначен растительный почечный антисептик канефрон. Концепция простудного заболевания подтвердилась появлением через три дня герпетической сыпи на губах.

В течение двух недель с кратностью примерно в три дня наблюдалась неврологом и терапевтом. Последний не отмечал каких-либо патологических знаков со стороны органов брюшной полости или диспептических расстройств, в то время как невролог усиливал противоболевую терапию, назначая обезболивающие препараты центрального (кетаролон), системного (целебрекс) и местного на болевую зону действия — мазь долобене и содержащее лидокаин саше версатис.

К концу второй недели наблюдения состояние стало улучшаться, значительно ослабли боли в грудном отделе позвоночника, к лечению добавлен нейромультивит. и поставлен вопрос о возможности продолжения лечения на санаторно-курортном этапе.

Однако на семнадцатый день от момента обращения к врачу по поводу описанного ранее состояния со слов больной в 17.00 внезапно появились резкие боли в в эпигастральной области и правом подреберье, бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в хирургический стационар. Обращает на себя внимание, что дежурные врачи подчеркнули невыраженность симптомов острой патологии органов брюшной полости — болезненность в правом подреберье была незначительной, печень не увеличена, симптом Грекова — Ортнера

отрицателен, симптомы раздражения брюшины в правом подреберье отмечены как сомнительные.

В анализе крови выявлен лейкоцитов до 14,7, а при ультразвуковом обследовании — отключенный желчный пузырь и его водянка.

По поводу острого калькулезного холецистита под эндотрахеальным наркозом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Невролог подтвердил диагноз вертеброгенной цервикоторакалгии с выраженным алгическим и мышечно-тоническим синдромом.

Послеоперационный период протекал благоприятно.

Таким образом, у молодой больной с патологией позвоночника и выраженным болевым синдромом в виде дорсалгии имело место субклиническое течение желчнокаменной болезни с внутрипузырным холестазом, внутрипузырной гипертензией, приведшее к отключению и водянке желчного пузыря.

Известно, что именно эта форма (или стадия) желчнокаменной болезни протекает бессимптомно до тех пор, пока флюктуирующий в просвете желчного пузыря камень не обтурирует желчный проток, вызвав желчную колику.

Выраженная дорсалгия в значительной мере маскировала признаки желчнокаменной болезни, играя роль так называемого экранирующего заболевания

Следует подчеркнуть, что поликлинические врачи не отмечали симптомов какой-либо патологии органов пищеварения, так же как и хирурги стационара, которые даже на высоте острого процесса зафиксировали невыраженность симптомов обострения желчнокаменной болезни.

Диагноз острого холецистита был выставлен только после УЗИ-заключения.

Больной и далее придется наблюдать по поводу остеохондроза позвоночника и дорсалгий.

Тем не менее практическому врачу следует помнить, что однажды обнаруженное заболевание требует постоянного наблюдения и, ежели бы в процессе почти двухнедельного лечения дорсалгии было произведено УЗИ-исследование желчного пузыря, диагноз отключенного пузыря и водянки зазвучал бы ранее.

